



Tranquilidade para você sorrir

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/09/2024

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 9847379

7-Data Validade da Senta 28/10/2024

2-Nº 962861

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025476667000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISABEL REIS DA SILVA CORREA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ISABEL REIS DA SILVA CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante MAINGLER APARECIDA DOS SANTOS TONAN

18-Número no CRO 146208

19-JF SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2532072813

22-Nome do Contratado Executante MAINGLER APARECIDA DOS SANTOS TONAN

23-Número no CRO 146208

24-JF SP

26-Nome do Profissional Executante

MAINGLER APARECIDA DOS SANTOS TONAN

27-Número no CRO 146208

28-JF SP

29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.